

نموذج إفصاح طبي
Medical Declaration Form

Dear Insured:

Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عمرى المومى له
 نامل فامك بتعنيه هذا المودج بالشكل الصحيح لعرض انسعير ولصماص حصول على
 احرماص الى اناية الصحيه بالشكل المطلوب حسب مباحث الايقفه المودج

Date: __/__/__ **Addition** ☐ **إضافة**

Employee Name: Jubarah Mohammed A. hadadi **اسم الموظف:**

Entity Name: Awlat Al Akaria Company **اسم المنشأة:**

Gender: Female **الجنس:**

Policy No./ CR No.: 1010295661 **رقم الوثيقة / السجل التجاري:**

New	☐	جديد
ID No.:	1097120495	رقم الهوية:
Mobile No.:	0508008168	رقم الحوال:
Nationality:	Saudi	الجنسية:
Marital Status:	Single	الحالة الاجتماعية:

رقم الحالة	يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه لمك أو لأي أحد أفراد العائلة بوضع إشارة ✓ في المربع بحث كلمة (نعم)	No / لا	Yes / نعم
1.	هل تم اليوم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟	☐	☐
2.	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الوحد: الأورام السرطانية، الأورام الخبيثة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم، تليفات، تضخم البروستاتا الحميد، أورام وعضة العدة الدرقية، و الحار الدرقية، أورام الكبد، أورام البنكرياس)، أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب، ارتفاع الضغط، خفقان القلب)، التهاب الكبد الفيروسي المزمن (سببي)، حبوب المرارة، التهاب الكلى السدود (المزمنة) الحاصصة من أمراض الكلى، البترنج الكلوي أقل من 15 مل/دقيقة*)، حبوب المسالك البولية، الفشل الكلوي المزمن، أمراض الصمامات القلبية (الأذنية الحمراء، التهاب الصمامات الروماتيزمية، تضيق صمام مرض كرون، التهاب القولون اللفحي، تصلب الشرايين، حساسية الدمج)	☒	☐
3.	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة أو المتكررة التالية فقط (التشخيص الوراثي، اضطراب الخلايا المنجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض الغضروف، اعتلال الأعصاب، استسقاء الرأس، ضمور العضلات السموية، متلازمة أوتسم، أمراض الكرياتينوسومات، مرض غوشر، تكسر العظام G6PD، التليف الكيسي، لوزته، مرض تكديس الحديد (هيموكروماتوزيس)، مرض ويلسون، تكسر الكليتين الحلقى الوراثي)	☒	☐
4.	هل تم سحيطك بأي من أمراض العين التالية فقط: ياه مصاء، مياه رافء، أمراض الشبكية	☐	☐
5.	هل تم سحيطك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الارتلاق، انحراف العمود الفقري (المقوس أو المقعدي)، انحراف العمود الفقري (المقوس أو المقعدي)، ارتفاق المفصل الفوقسط أو المقعد، أو بشرق الارتفة	☒	☐
6.	الإناث الحوامل فقط: حمل حالي حسب واحد، حمل حالي مع فطره سابقة، حمل حالي متعدد الأحده، تاريخ الولادة المتوقع:	☐ ☐ ☐ DD/MM/YYYY	☐ ☐ ☐ DD/MM/YYYY

Employee and dependents' details that need to be added
(Please declare whether there is a medical condition for you or any family member)

بنات الموطف وأفراد العائلة المراد أصافهم
(ال جاء الأفصاف في حال ووجد أي حالة طيبة لديك أو لدى أحد أفراد العائلة)

[illegible]

Undertaking

الإقار والتمريض

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be based on the basis of such information and that Supra Arabia has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s)
- I agree that Supra Arabia has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- I hereby confirm that failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- * أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وما عليه رأي فريق الطلب العلمي على أساس هذه البيانات
- * وافق على العودة إلى الخلق في الامتحان المستعجيات التي أقامها قسم لدرستها ذات معلومات طبية قد تحتاج إليها لتوفير المظالم.
- * ألقى على أخته ما يعرفه في رضى المظالم أو العينة كما قد عدم الامتحان في وجود أي في الحالات المذكورة أعلاه في شئ بل يارب العاصف أو بل سيجعل أو إضافة معني بل خلاف هذه سريان العقد.
- * أقر أي في راد وفهمهم صحاح في هذا المصود كما أضاف بان عدم إسراني أمام أي في الحالات المذكورة أعلاه في صفة مباحة في وجودها مستحقة الإلتزام وقد عليه أقره.
- * أقر بان عدم صحة نتائج البطل والمري يسودى إلى ، وفيه توقعه كالتي عرفت حارجه التسمية المقرطة

Entity Stamp:	توقيع الموظف:	Date:	البارخ:
		DD / MM/ YYYY	

- Open review of the policy to ensure that no pre-existing declarative form for any insured who has been insured for 11 months
 - Baja Arizona is not entitled to request medical investigation forms for newborn when they are added to the existing health insurance policy in the same household because the mother is covered on different insurance company
 - If they need to add more dependents, a new form should be filled
 - The irregularity of the signature of the employer instead of the employee to avoid taking legal responsibility
 - Baja Arizona has the right to reject the full payment of deduction rates related to the mentioned insured in his medical declaration
 - At per the Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) Clinical Practice Guideline classification
- ** Scoliosis Cobb angle more than 10 degrees or Scoliotometer more than 5 degrees.**

- [illegible]